

Beschikbaarheid en kwaliteit van relevante zorginformatie over dakloze harddrugverslaafden in zorgcentra in Utrecht

Paul Engelhardt, Maarten Koeter, Chiara Kieft, Nina van Rijn en Gerard Schippers*

Vóór de succesvolle inrichting van hostels waren de zogenaamde zorgcentra in Utrecht een belangrijke voorziening voor dakloze verslaafden. Functioneerden deze aanvankelijk vooral als gebruiksruimten en voor de verlening van basale hulp, later kregen zij ook een rol in doorverwijzing naar verdere hulp. Wij onderzochten of de dossiervoering in deze voorziening te verbeteren viel. Met behulp van een interviewonderzoek bij sleutelfiguren stelden wij vast welke informatie er voor deze categorie cliënten beschikbaar zou moeten zijn. Wij legden die lijst naast de feitelijke beschikbare informatie en stelden vast dat die niet op alle punten optimaal was. De onderwerpenlijst en de ontwikkelde criteria bieden aanknopingspunten voor verbetering bij het vastleggen van informatie over deze en verwante groepen cliënten.

Inleiding

In 2001 opende de stad Utrecht haar eerste officiële gebruiksruimte. Deze gebruiksruimten - sinds 2004 zorgcentra genoemd - hadden indertijd vooral tot doel om overlast van drugsverslaafden op straat te verminderen en opvang te bieden aan drugsverslaafden. In de zorgcentra konden bezoekers in relatief rustige en hygiënische omstandigheden drugs gebruiken. Het personeel zorgde voor veiligheid en voorziening in de basisbehoeften (zoals eten en drinken). Op grond van de waargenomen conditie van bezoekers ontstond in de loop van de tijd bij de begeleiders behoefte om meer en ook andere diensten aan te

* Drs. P. Engelhardt is psycholoog bij Centrum Maliebaan te Utrecht.
Dr. M. Koeter is universitair hoofddocent bij de Afdeling Psychiatrie van het Academisch Medisch Centrum te Amsterdam.
Drs. C. Kieft is psycholoog.
Drs. N. van Rijn is psycholoog.
Prof. dr. G.M. Schippers is onderzoeker bij de Afdeling Psychiatrie van het Academisch Medisch Centrum te Amsterdam. E-mail: g.m.schippers@amc.uva.nl.

bieden. De zorgcentra gingen meer functioneren als opstap naar de reguliere voorzieningen en kregen nadrukkelijker een toeleidingsfunctie. De functies van de zorgcentra werden uitgebreid tot:

- 1 overlastbestrijding;
- 2 verbeteren van de leefomstandigheden;
- 3 verwijzen naar (reguliere) hulpverlening.

Deze uitgebreide taakstelling van de zorgcentra vroeg om verdere professionalisering. Dat betekende ook dat er andere eisen aan de dossiervoering en aan de kwaliteit van de cliëntinformatie moesten worden gesteld. Om te kunnen verwijzen naar verdere hulpverlening diende over de bezoeker meer gedetailleerde informatie over meer onderwerpen beschikbaar te zijn dan nodig was voor het bieden van opvang. Die informatie diende te worden vastgelegd in een meer uitgebreid cliëntendossier.

Welke informatie is er nodig om als zorgcentrum de drie genoemde functies te vervullen en in hoeverre was die informatie ook werkelijk beschikbaar in de dossiers? Op basis van de resultaten van interviews met sleutelfiguren is vastgesteld welke informatie relevant is om het overlastgedrag van bezoekers te typeren en om hulp te verlenen die verder gaat dan opvang, vanuit het centrum of door anderen elders. Vervolgens werden alle in een zorgcentrum aanwezige dossiers getoetst op de beschikbaarheid van die informatie.

VRAAGSTELLINGEN

- 1 Welke cliëntinformatie wordt relevant gevonden in de hulpverlening aan chronisch drugsverslaafden, gerelateerd aan de doelen van de zorgcentra?
- 2 In welke mate is deze informatie beschikbaar in de cliëntendossiers van de zorgcentra?

Methode

SETTING EN POPULATIE

De onderzoekspopulatie bestond uit alle bezoekers van een zorgcentrum voor dakloze harddrugverslaafden in Utrecht. Deze voorziening wordt geëxploiteerd door de regionale verslavingszorginstelling Centrum Maliebaan. Ten tijde van het onderzoek (in 2007) ging het om twee locaties in het stationsgebied van Utrecht die aan maximaal tweehonderd bezoekers plaats boden. Er waren faciliteiten voor maaltijdvoorziening, kledingomruil en douchen. Er waren gebruiksruimten en er werden gebruiksartikelen verstrekt. De bezoekers konden op de

locatie terecht voor een medisch en verpleegkundig spreekuur, medicatieverstrekking (o.a. methadon) en informatie en advies. Toegangs-criteria waren: legaal verblijf in Nederland, ingezetene van de stad Utrecht, bekend bij politie of hulpverlening als overlastgevend of bekend bij de OGGZ-afdelingen in de stad, meer dan anderhalf jaar dak- of thuisloos, ouder dan achttien jaar en primair verslaafd aan hard-drugs (Centrum Maliebaan, 2007). De toegang werd geregeld via een pasjessysteem.

ONTWIKKELING LIJST MET RELEVANTE ONDERWERPEN

Op grond van de doelstellingen van de zorgcentra werd een lijst opgesteld met kenmerken die mogelijk relevant waren om bezoekers te typeren wat betreft overlastgedrag en voor het kunnen bieden en indiceren van hulp door het centrum of door anderen, en dus voor (door)-verwijzing. Voor het vaststellen van overlastgedrag, in de dossiers van de zorgcentra, werd aangesloten bij een vragenlijst die is ontworpen door het Groningse onderzoeksbureau INTRAVAL (1996; Schouten & Donker, 1995). In die lijst is een aantal clusters van overlast geoperationaliseerd in acht vragen, verdeeld over de onderdelen: plaats van gebruik, bronnen van inkomsten, contact met politie en overlastgedrag (Meijer, 2001). Verbeteren van leefomstandigheden bestaat uit basale ondersteuning die zich richt op primaire levensbehoeften, zoals onderdak, voedsel, verzorging en basale gezondheidszorg met als doel het zoveel mogelijk vergroten van de activiteiten en participatie van cliënten (Van Wel, 2002, p. 24).

Voor het toewijzen aan een behandeling zijn vier cliëntkenmerken van belang: ernst van de verslaving, ernst van de psychiatrische comorbiditeit, de mate van sociale desintegratie en de behandelgeschiedenis (De Wildt e.a., 2002). Voor het verbeteren van leefomstandigheden en verwijzen naar hulpverlening is het raamwerk gekozen van een recentelijk in de verslavingszorg ontwikkeld instrument voor intake, indicatiestelling, zorgtoewijzing en evaluatie voor de verslavingszorg: de Measurement of Addictions for Triage and Evaluation (MATE; Schippers e.a., 2007). De MATE is samengesteld uit al langer bestaande instrumenten en een nieuw ontwikkeld onderdeel: de MATE-ICN (waarbij ICN staat voor ICF Classification en Needs). De MATE-ICN is gebaseerd op de Nederlandse vertaling van de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF; WHO, 2002). De MATE-ICN stelt vast in hoeverre iemand actief is en participeert in de samenleving, de externe factoren die daarop van invloed zijn en de

zorgbehoeften die daaruit voortvloeien. De MATE dekt een groot deel van de onderwerpen die in de tweede en derde doelstelling van de centra naar voren komen.

Uitgaande van de doelstellingen van de zorgcentra, en met gebruikmaking van de MATE en de vragenlijst voor meting van overlastgedrag, werd een lijst met relevante onderwerpen (domeinen) samengesteld:

- 1 Middelengebruik;
- 2 Lichamelijke problemen;
- 3 Psychische comorbiditeit;
- 4 Zelfverzorging;
- 5 Wonen en woonondersteuning;
- 6 Dagbesteding, werk en opleiding;
- 7 Familie, sociale contacten en intimiteit;
- 8 Financiële en administratieve zaken;
- 9 Externe factoren;
- 10 Zorgnetwerk;
- 11 Overlastgedrag.

De lijst bevat 12 items over overlastgedrag en 57 items over het verbeteren van de leefomstandigheden en (door)verwijzing. De domeinen Zelfverzorging, Wonen en woonondersteuning, Dagbesteding, Werk en opleiding, Familie, sociale contacten en intimiteit, Financiële en administratieve zaken en Externe factoren zijn afkomstig uit de MATE-ICN.

EXPERTOORDEEL OVER DE CONCEPTLIJST

De lijst werd voor aanvullingen en correcties voorgelegd aan dertien hulpverleners van de zorgcentra en van andere afdelingen die betrokken zijn bij de zorg voor de bezoekers van deze centra. De groep hulpverleners bestond uit twee opvangwerkers, twee teamleiders en het afdelingshoofd van de zorgcentra, twee psychiaters van Centrum Maliebaan, een sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV) van een case-managementteam verslaving, een teamleider van een casemanagementteam psychiatrie, drie SPV'ers van een instelling voor beschermd wonen en een arts van GG&GD Utrecht.

Na toezending van de conceptlijst volgde over de lijst een interview met de deelnemers door twee onderzoekers. Medewerkers van de zorgcentra kregen de volledige lijst met onderwerpen over alle drie de doelstellingen. De overige deelnemers kregen alleen de onderwerpen over de doelstelling 'verwijzen naar (reguliere) hulpverlening'. De deelnemers

werd gevraagd bij elk item aan te geven *a* of het onderwerp relevant is voor verbetering van leefomstandigheden en/of relevant is voor het (door)verwijzen naar hulpverlening, en *b* welke onderwerpen volgens de experts aan de lijst toegevoegd zouden moeten worden.

Als zes of meer experts aangaven dat het onderwerp relevant was, werd het onderwerp als relevant beschouwd. Als zes of meer experts een onderwerp niet relevant vonden, werd het onderwerp uit de lijst verwijderd. Als vijf of meer experts een onderwerp wilden toevoegen aan de lijst, werd dat ook gedaan.

Tabel 1. Onderwerpen waarover informatie in het cliëntendossier beschikbaar zou moeten zijn.

Middelengebruik	Gebruik van opiaten
	Gebruik van cocaïne
	Gebruik van alcohol
	Gebruik van overige middelen*
	Gebruik van spuiten (huidig en verleden)*
	Indicatie voor verslavingsbehandeling
	Uitgevoerde motivatiebevorderende interventies
	Motivatatie voor behandeling bij cliënt
	Voor welk middelenprobleem wordt medicatie voorgeschreven**
Lichamelijke problemen	Chronische ziekte (en infectieziekte)**
	(Ernstige) ziekte of klachten*
	Medicatie
	Verkrijgen en opvolgen van adviezen en behandeling van de gezondheidszorg (MATE-item d5702a)
	Wordt de persoon aangespoord of gesuperviseerd bij verkrijgen en opvolgen van adviezen en behandeling (bewaking van therapietrouw; MATE-item e5800)
	Motivatatie voor behandeling bij cliënt
Psychische comorbiditeit	Psychische comorbiditeit as I**
	Psychische comorbiditeit as II**
	Medicatie
	Verkrijgen en opvolgen van adviezen en behandeling van de gezondheidszorg (MATE-item d5702a)
	Uitgevoerde motivatiebevorderende interventies
	Motivatatie voor behandeling bij cliënt
	Juridische status (o.a. RM)
	Gewelddadig, bizar, agressief gedrag
	Bejegeningsaspect*
	Automutilatie*

Zelfverzorging	Tekort in persoonlijke verzorging
	Onvoldoende zelfbescherming (kleding, onderdak)
	Tekort aan voedzaam eten en drinken
	Vertonen van riskant gedrag, bijvoorbeeld vuile spuiten, onveilige seks, onder invloed in het verkeer (MATE-item d5702b)
	Ondersteuning bij zelfverzorging (MATE-item e5750)
	Zorgbehoefte gemeld door cliënt
Wonen en woonondersteuning	Slapen op straat of in portieken ^{***}
	Leeft op straat ^{**}
	Maakt gebruik van Sleep-inn, Time Out (MATE-item e5250)
	Problemen bij het verkrijgen en onderhouden van woonruimte (MATE-item d610)
	Zorgbehoefte gemeld door cliënt
Dagbesteding, werk en opleiding	Hebben van een dagritme en uitvoeren van dagelijkse routinehandelingen (MATE-item d230)
	Prostitutie [*]
	Maakt gebruik van bijvoorbeeld dagactiviteitencentrum/veegploeg (MATE-items e5850, e5900, e5750)
	Beroepen
	Hoogste afgeronde opleiding
	Problemen met hebben en uitvoeren van werk of volgen van een opleiding (MATE-item d810-850)
	Zorgbehoefte gemeld door cliënt
Familie, sociale contacten en intimiteit	Intieme relaties, bijvoorbeeld problemen met partner (d770)
	Ouder-kindrelaties, bijvoorbeeld problemen in de omgang met 'eigen' kinderen (d7600)
	Informeel relaties, bijvoorbeeld problemen met familie/vrienden (d750, d760)
	Formele relaties, bijvoorbeeld problemen in de omgang met werkgevers en zorgverleners (d740)
	Contact maken en omgaan met andere mensen in het algemeen (d710)
	Zorgbehoefte gemeld door cliënt
Financiële en administratieve zaken	Bronnen van inkomsten: legale (loon, uitkering) en illegale bronnen
	Katvanger [*]
	Bezit van ID, ziektekostenverzekering
	Schulden
	Problemen met financiële en administratieve zaken (MATE-item d870)
	Zorgbehoefte gemeld door cliënt

Externe factoren	Actuele juridische of justitiële zaken, positief en negatief, bijvoorbeeld positief contact reclassering, aankomende detentie (MATE-item e5500):
	- personen die een positieve invloed hebben op cliënt, bijvoorbeeld contacten buiten de scene (MATE-item e310-e325) ^{***}
	- personen die een negatieve invloed hebben op cliënt (MATE-item e310-e325) ^{***}
	Zorgbehoefte gemeld door cliënt
Zorgnetwerk	Huidig zorgnetwerk
	Contact arts, verpleegkundige
	Verblijf Spinoza, Time-Out
	Hostelbewoning
Overlastgedrag	Middelengebruik:
	- gebruikt in openbare ruimten, bijvoorbeeld portieken, straat
	- laten slingeren van vuile spuiten
	- dealen op straat
	Psychische/psychiatrische comorbiditeit:
	- gewelddadig, bizar, agressief gedrag
	Zelfverzorging:
	- onverzorgd uiterlijk (onprettig ruiken)
	Wonen en woonondersteuning:
	- slapen op straat of in portieken
	- leeft op straat
	- maakt gebruik van Sleep-inn, Time Out
	Dagbesteding, werk en opleiding:
	- illegale activiteiten
	Financiële en administratieve zaken:
	- inkomsten uit illegale activiteiten
	Overlastgedrag (niet-crimineel):
	- bezit nemen van openbare ruimte door cliënt
	- mensen lastigvallen, uitschelden door cliënt

* Opgenomen in de lijst naar aanleiding van expertoordeel.

** Onderwerp aangepast in de lijst naar aanleiding van expertoordeel.

*** Verwijderd naar aanleiding van expertoordeel.

SAMENSTELLING VAN LIJST VAN RELEVANTE ONDERWERPEN

In tabel 1 is de lijst weergegeven met de relevante onderwerpen met de gewijzigde, verwijderde en aangevulde onderwerpen. Aanvullingen in de lijst gaan over gebruik van spuiten, gebruik van overige middelen,

infectieziekten of andere ernstige ziekten (hiv, hepatitis), methadon-behandeling, automutilatie, bejegeningaspecten, DSM-IV-diagnose, katvanger en prostitutie. Infectieziekten werden geen apart onderdeel, maar ondergebracht bij 'chronische ziekten'. Onderwerpen die volgens minimaal zes deskundigen uit de lijst geschrapt konden worden, waren 'slapen op straat of in portieken' en 'personen met positieve of negatieve invloed op de cliënt'.

De definitieve lijst voor het vaststellen van de beschikbaarheid en kwaliteit van de cliëntinformatie in de dossiers van de zorgcentra bestond uit 72 items, verdeeld over 11 domeinen.

BESCHIKBAARHEID EN KWALITEIT DOSSIERINFORMATIE

Procedure. De dossiers, in het betrokken centrum elektronisch beschikbaar, werden gelicht van alle 153 op 31 maart 2007 ingeschreven bezoekers. De gegevens werden geanonimiseerd (alleen geslacht en geboortedatum werden genoteerd) en voorgelegd aan twee beoordelaars, ook uit het onderzoeksteam, maar niet dezelfde als de codeurs. Alle onderdelen uit het elektronisch dossier werden geobserveerd, behalve het onderdeel archief, waarin gescande papieren documenten zijn opgenomen. De informatie uit deze documenten was niet direct beschikbaar en werd daarom buiten beschouwing gelaten. In elk dossier werd voor elk item uit de onderwerpenlijst vastgesteld of de informatie beschikbaar was en wanneer de informatie was genoteerd. Alle informatie in het dossier gedateerd voor 1 maart 2007 (een maand voor de ijkdatum van 31 maart 2007) werd meegenomen in het onderzoek.

Scoring. De 72 items werden door twee onderzoekers in alle dossiers op beschikbaarheid gescoord. De items uit de domeinen Middelengebruik, Zelfverzorging, Wonen en woonondersteuning, Dagbesteding, Werk en opleiding, Familie, sociale contacten en intimiteit, Financiële en administratieve zaken en Externe factoren werden beoordeeld op kwaliteit van de informatie. Als kwaliteitsstandaard werden de definities gehanteerd in de MATE. Items uit de domeinen Lichamelijke problemen en Psychische comorbiditeit werden niet op kwaliteit van informatie beoordeeld. Ook enkele items die niet in de MATE voorkamen werden niet beoordeeld op kwaliteit, omdat daar geen criteria voor zijn.

De kwaliteit van de beschikbare informatie werd bepaald door vast te stellen of de informatie geschikt was voor de uitvoering van basale zorg (een van de twee oorspronkelijke doelen van het centrum), respectievelijk of deze voldoende was om gebruikt te worden bij de toeleiding en doorverwijzing van bezoekers. Geschikt voor het uitvoeren

van basale zorg is wanneer uit het dossier viel op te maken dat de persoon problemen en derhalve zorg nodig had op dat zorggebied en dat die informatie niet al te oud was. Nodig voor indicatiestelling en (door)verwijzing is informatie waaruit de aard en ernst van het probleem valt af te leiden.

De beoordelingen op de items werden vervolgens geaggregeerd tot één score per domein. Bij het domein Middelengebruik werd de scoring van beschikbare informatie beperkt tot de middelen cocaïne en heroïne. Reden hiervoor was de beperkte beschikbaarheid van informatie over andere middelen. De informatie over het domein Middelengebruik werd geschikt beoordeeld voor (door)verwijzing als over minimaal een van de twee middelen (heroïne of cocaïne) informatie beschikbaar was over frequentie van gebruik (aantal dagen in de afgelopen maand) en het aantal jaren problematisch gebruik (aantal jaren dat persoon meer dan drie dagen per week drugs gebruikte). Informatie over heroïne of cocaïne moest compleet zijn, anders werd de informatie over middelengebruik beoordeeld als uitsluitend geschikt voor beslissingen over basale zorg.

Voor het beoordelen van de informatie als geschikt voor (door)verwijzing dan wel voor verlenen van basale zorg, werden de volgende regels gehanteerd. Wanneer minimaal de helft van de items uit een domein werd beoordeeld als geschikt, dan was er voldoende informatie om te kunnen doorverwijzen. Als enige informatie beschikbaar was, maar minder dan de helft van de items als geschikt werd beoordeeld, dan werd de informatie in dat domein beoordeeld als uitsluitend geschikt voor beslissingen over basale zorg. Dat gold voor de domeinen Zelfverzorging, Wonen en woonondersteuning, Dagbesteding, werk en opleiding, Familie, sociale contacten en intimiteit, Financiële en administratieve zaken en Externe factoren.

De beschikbaarheid en kwaliteit van de gegevens zijn onafhankelijk van elkaar gescoord door twee onderzoekers. Deze bereikten vervolgens consensus over de definitieve score per item.

DATAVERWERKING EN ANALYSE

De betrouwbaarheid van de beoordeling werd onderzocht door de interboordelaarsovereenstemming te berekenen met Cohens kappa. Hierbij werden de criteria aangehouden volgens Fleiss (1981, in Damen e.a., 2004). Kappa's groter dan 0,75 zijn excellent, tussen 0,40 en 0,75 goed tot redelijk en lager dan 0,40 slecht. Voor elk domein is het percentage dossiers met kwalitatief goede informatie berekend.

Resultaten beschikbaarheid en kwaliteit cliëntinformatie

De 153 bezoekers zijn gemiddeld 41 jaar oud en het zijn vrijwel allemaal (93%) mannen. In de dossiers van 39% ($n = 60$) van de bezoekers werd een zorgplan gevonden, bijna een kwart ($n = 37$) had een behandelplan en bij bijna de helft was een diagnose-behandelcombinatie (DBC) actief.

BESCHIKBAARHEID EN KWALITEIT

De interbeoordelaarsovereenstemming van de twee beoordelaars is 0,75 (met een standaarddeviatie van 0,13). De gegevens over beschikbaarheid en kwaliteit van informatie zijn weergegeven in tabel 2. In de eerste kolom van de tabel staan de domeinen. De tweede kolom is, waar van toepassing, gesplitst in het aantal dossiers met informatie geschikt voor verwijzing en het aantal dossiers met informatie geschikt voor basale zorg. De derde kolom toont het aantal dossiers waarin geen informatie beschikbaar was. Tussen haakjes staan de percentages van het totale aantal (153) dossiers. De beschikbare informatie voor basale zorg varieerde, met een enkele uitzondering, tussen 40 en 60%. Informatie geschikt voor (door)verwijzing was het hoogst voor het domein Middelengebruik, maar nergens hoger dan 16% (25 dossiers).

De recentheid van de informatie - het gemiddelde aantal maanden dat de informatie 'oud' is - staat in de beide laatste kolommen, evenals de standaarddeviatie van dat gemiddelde. De informatie is drie tot tien maanden oud, met uitzondering van details over het middelgebruik, die gemiddeld vijftien maanden geleden voor het laatst in de dossiers zijn beschreven.

Discussie

Het interviewonderzoek naar relevante onderwerpen leverde een lijst op van alle aspecten die gerelateerd zijn aan de doelstellingen van het zorgcentrum. De lijst is samengesteld in interactie en overeenstemming met de hulpverleners en sleutelfiguren die dagelijks met de bezoekers van het zorgcentrum te maken hebben. De lijst mag daarom representatief genoemd worden voor wat in deze centra bij deze doelgroep van belang wordt gevonden. Opvallend hierbij is, dat de experts vinden dat de 'slapen op straat of in portieken' en 'personen met een positieve of negatieve invloed' geen relevante informatie is voor het kunnen realiseren van de doelstellingen van de zorgcentra. Van deze bevinding kennen wij de achtergronden niet, maar we menen dat het

Tabel 2. Beschikbaarheid, kwaliteit en actualiteit van informatie in dossiers van bezoekers van zorgcentra in Utrecht.

Domein	Informatie beschikbaar		Geen informatie beschikbaar (N, %)	Recentheid informatie (gemiddeld aantal maanden geleden opgeschreven, SD)	
	Geschikt voor verwijzing (N, %)	Geschikt voor basale zorg (N, %)		Geschikt voor verwijzing	Geschikt voor basale zorg
Middelengebruik (heroïne, cocaïne)	25 (16%)	98 (64%)	30 (20%)	15,2 (12,4)	8,3 (9,2)
Lichamelijke problemen					
- chronische ziekten	40 (26%)		113 (74%)	4,1 (4,1)	
- ernstige ziekte of klachten	79 (52%)	74 (48%)	3,8 (4,0)		
Psychische comorbiditeit					
- as I	58 (38%)		95 (62%)	3,9 (3,0)	
- as II	66 (43%)		87 (57%)	7,0 (4,2)	
Zelfverzorging	5 (3%)	85 (56%)	63 (41%)	6,4 (6,7)	8,3 (7,6)
Wonen en woonondersteuning	6 (4%)	83 (54%)	64 (42%)	6,3 (10,1)	7,7 (8,7)
Dagbesteding, werk en opleiding	5 (3%)	86 (56%)	62 (41%)	4,5 (2,9)	10,9 (10,5)
Familie, sociale contacten, intimiteit	5 (3%)	61 (40%)	87 (57%)	5,1 (2,8)	4,0 (3,1)
Financiële en administratieve zaken	0 (0%)	116 (76%)	37 (24%)	-	6,9 (8,1)
Externe factoren	6 (4%)	64 (42%)	83 (54%)	4,2 (3,1)	4,1 (3,6)
Zorgnetwerk	113 (74%)		40 (26%)	3,5 (3,2)	
Overlastgedrag	9 (6%)		144 (94%)	3,5 (2,6)	

- in het kader van de rehabilitatiegedachte - belangrijk is om ook deze gezondheidsbevorderende en gezondheidsbelemmerende factoren in de (sociale) omgeving in beeld te hebben.

De beschikbaarheid van relevante informatie in de dossiers van de zorgcentra is beperkt. De meeste informatie betreft het gebruik van

heroïne en cocaïne. Ten opzichte van de overige domeinen is de beschikbare informatie over middelengebruik het meest geschikt voor (door)verwijzing (16%). De informatie is echter verouderd (gemiddeld één jaar en drie maanden oud). Aan de bruikbaarheid van deze informatie kan getwijfeld worden. Bovendien bevatte een vijfde van de dossiers helemaal geen informatie over het gebruik van heroïne of cocaïne. In ten hoogste de helft van de dossiers was informatie beschikbaar over lichamelijke klachten en twee vijfde van de dossiers bevatte informatie over psychische comorbiditeit op as II (persoonlijkheidsstoornissen). Ongeveer twee derde van de dossiers miste informatie over chronische ziekten en psychische comorbiditeit.

Over Zelfverzorging, Wonen en woonondersteuning, Dagbesteding, Werk en opleiding, Familie, sociale contacten, intimiteit, Financiële en administratieve zaken en belangrijke Externe factoren was nauwelijks informatie in de dossiers beschikbaar die geschikt was voor verwijzing naar verdere hulpverlening. Naar verhouding was het vaakst nog informatie aanwezig over Financiële en administratieve zaken (76%), maar die informatie is alleen geschikt voor het binnen de zorgcentra bieden van basale zorg. In slechts 9 van de 153 dossiers was informatie over het overlastgedrag van de bezoeker beschikbaar.

Dit inventariserende onderzoek wijst erop dat binnen de zorgcentra niet steeds voldoende informatie beschikbaar was om het doorgeleiden naar verdere hulpverlening - een van de doelstellingen van de zorgcentra - in voldoende mate te ondersteunen. Bij de vaststelling dat de dossiers van de zorgcentra slechts beperkte relevante informatie bevatten voor het realiseren van de doelstellingen van de centra, past wel een voorbehoud. Geen informatie in de dossiers betekent lang niet altijd dat er sprake is van niet-onderkende problematiek. Dit kan immers ook betekenen: er is op dit punt geen probleem en er is daarom niets over in het dossier gerapporteerd. Toch is dit, als dit het geval is, wel een riskante vorm van informatievastlegging en dossiervorming. Met name bij informatie over zeer relevante kenmerken (zoals het gebruik van heroïne en cocaïne) mag actuele en accurate informatie worden verwacht. Vervolgonderzoek zal moeten uitwijzen in hoeverre er sprake is van 'gemiste' informatie die wel relevant is. Een beperking van dit onderzoek is dat alleen is gekeken naar beschikbare informatie in het elektronische cliëntendossier van de instelling waar het zorgcentrum onder valt. De bezoekers van de zorgcentra hadden dikwijls een casemanager van een andere instelling. De informatie uit deze dossiers was in de periode van onderzoek (2007) niet beschikbaar in de dossiers die voor dit onderzoek werden geanalyseerd. Deze informatie was dus ook niet beschikbaar voor de hulp-

verleners van de instelling waar het zorgcentrum onder valt. Dit is een onwenselijke situatie, omdat de zorg voor de bezoekers wordt geleverd door professionals van meerdere instellingen en afstemmen van zorg noodzakelijk is. Opvallend is verder, dat er in de dossiers nauwelijks informatie beschikbaar was over het overlastgedrag van de bezoekers. De waarnemingen en activiteiten van de medewerkers van de zorgcentra voor de realisering van deze doelstelling - die ongetwijfeld plaatsvonden - werden niet gepresenteerd in het dossier.

Een (alternatieve) verklaring voor de beperkte beschikbaarheid van relevante informatie in de dossiers is dat de pashouders langdurig vooral basale zorg en dienstverlening kregen in de zorgcentra, met als voornaamste inzet het maken van contact en het opbouwen van vertrouwen. Het documenteren van relevante persoonsgegevens vond waarschijnlijk pas plaats op het moment dat de cliënt in (vervolg)-begeleiding en/of -behandeling kwam en daarmee bij het zorgcentrum uit beeld verdween. Vervolgonderzoek bij uitgeschreven cliënten die een begeleidings- of behandeltraject volgen, moet uitwijzen of relevante persoonsgegevens dan wel beschikbaar zijn. Niettemin was het een gemiste kans tijdens het voortraject om relevante informatie voor (door)verwijzing vast te leggen, ook al is deze niet direct bruikbaar voor de zorg op dat moment.

Wij moeten vaststellen dat de dossiervoering in de zorgcentra in Utrecht enkele jaren geleden nog niet optimaal aansloot op de oorspronkelijke doelstellingen (overlastbestrijding en basale zorgverlening) en vooral ook niet op de nieuwe doelstelling: (door)verwijzing van bezoekers naar reguliere hulpverlening. Verbetering, voor zover nog relevant bij deze voorziening die al grotendeels overbodig is geworden, is echter goed mogelijk. De in dit onderzoek ontwikkelde onderwerpenlijst en de ontwikkelde criteria bieden daartoe voor dit centrum, en voor voorzieningen voor verwante groepen cliënten, nuttige aanknopingspunten.

DANKBETUIGING

Wij danken Centrum Maliebaan te Utrecht voor de inspanning die zij hebben verricht en de openheid die zij hebben betracht om dit onderzoek mogelijk te maken.

Literatuur

- Centrum Maliebaan (2007). *Kwaliteitshandboek*. Utrecht: Centrum Maliebaan.
- Damen, K.F., Jong, C.A. de, & Kroft, P.J. van der (2004). Interrater reliability of the structured interview for DSM-IV personality in an opioid-dependent patient sample. *European Addiction Research*, 10, 99-104.

- INTRAVAL (1996). *Drugsoverlast: conceptualisering en inventarisatie*. Groningen: INTRAVAL.
- Meijer, G. (2001). *Gebruik van de straat: evaluatie gebruiksruijnte binnenstad-zuid Groningen*. Groningen: INTRAVAL.
- Schippers, G.M., Broekman, T.G., & Buchholz, A. (2007). *MATE 2.0. Handleiding en protocol*. Nijmegen: Bêta Boeken.
- Schouten, V.T., & Donker, M.C.H. (1995). *Overlast door verslaafden. Resultaten van de concept mapping bijeenkomsten van 1, 7, 21 en 24 februari 1995*. Utrecht: NcGv.
- Wel, T.F. van (2002). *Rehabilitatie door het woonmilieu. Een longitudinaal onderzoek naar de relatie tussen de mate van normalisatie van het woonmilieu en de activiteiten en participatie van chronisch psychiatrische cliënten*. Nijmegen: Radboud Universiteit.
- WHO (2002). *ICF: Nederlandse vertaling van de International Classification of Functioning, Disability and Health*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Wildt, W.A.J.M. de, Schramade, M.H., Boonstra, M., & Bachrach, C. (2002). *Intakemodule: indicatiestelling en trajecttoewijzing. Handleiding en literatuurstudie*. Utrecht: GGZ Nederland.